

# AGITATION ET DÉLIRE AIGUS

Pr Hélène Verdoux

Université Victor-Ségalen Bordeaux, INSERM U657, hôpital Charles-Perrens, 33076 Bordeaux Cedex, France  
[helene.verdoux@u-bordeaux2.fr](mailto:helene.verdoux@u-bordeaux2.fr)

## OBJECTIFS

**DIAGNOSTIQUER** une agitation et un délire aigus.

**IDENTIFIER** les situations d'urgence et **PLANIFIER** leur prise en charge.

L'apparition aiguë d'un état d'agitation ou d'idées délirantes est une situation fréquemment rencontrée dans un contexte d'urgence. Ces deux tableaux syndromiques sont considérés de manière indépendante, car ils ne sont pas systématiquement associés, et la démarche diagnostique et thérapeutique peut différer selon la présence conjointe ou non des deux syndromes. En urgence, quel que soit l'âge, la priorité est d'éliminer une cause organique et de n'évoquer que dans un deuxième temps un trouble psychiatrique.

## Diagnostiquer une agitation

L'agitation est définie selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-R) comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements des mains, le fait de tirer ses vêtements, l'incapacité de rester assis ».

## Interrogatoire

L'interrogatoire du patient et, si possible, de tout autre informant disponible doit préciser :

- les circonstances de survenue : date de début, mode d'apparition (brutale en quelques heures ou dans un contexte de modification progressive du comportement depuis plusieurs jours ou semaines) ; au décours d'un événement particulier (maladie, post-partum, accident, voyage, événement de vie récent...) ;

- les antécédents : documenter de manière très détaillée tous les médicaments récemment consommés (y compris en automédication ou dans le cadre d'une tentative de suicide) ou récemment interrompus (y compris à l'initiative du patient) ; la prise récente ou l'arrêt récent d'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les antécédents personnels et familiaux médicaux et psychiatriques.

## Examen clinique

Il a pour objectif de rechercher :

- un syndrome confusionnel : désorientation temporo-spatiale, obnubilation, trouble de vigilance, troubles mnésiques (amnésie antérograde, fausses reconnaissances) ;
- les symptômes somatiques associés afin d'identifier une urgence mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel : dyspnée, cyanose, myosis, mydriase, hyperthermie, symptômes méningés, signes de localisation neurologique, morsure de langue, sueurs profuses, globe urinaire, etc. ;
- les symptômes psychiatriques associés :
  - symptômes thymiques de type maniaque ou hypomaniaque (humeur euphorique exaltée, irritable ou labile, excitation psychomotrice avec hyperactivité/logorrhée, augmentation de l'estime de soi, réduction du besoin de sommeil, conduites à risque, dépenses inconsidérées...) ;
  - symptômes thymiques de type dépressif (tristesse humeur, anhédonie, péjoration de l'avenir, autodépréciation, culpabilité, idées suicidaires...) ;
  - symptômes anxieux, notamment : attaque de panique avec multiples symptômes somatiques (palpitations, sensation d'étouffement, vertige, paresthésies, etc.), symptômes cognitifs avec sensation de mort imminente ou de perte de contrôle (« devenir fou »), symptômes dissociatifs (déréalisation, dépersonnalisation) ; état de stress aigu suite à l'exposition à un événement traumatique avec mort d'autrui ou menace de l'intégrité physique de soi-même ou d'autrui ;
  - symptômes psychotiques positifs (idées délirantes, hallucinations), négatifs (émoussement affectif, incurie, repli sur soi) et à type de désorganisation (bizarrerie, troubles du langage). À noter que des hallucinations visuelles doivent orienter fortement le diagnostic vers une pathologie somatique.

Le risque suicidaire et la dangerosité pour autrui : à évaluer de manière systématique quelle que soit l'hypothèse diagnostique.

### Examens complémentaires

Ils doivent comprendre au minimum :

- un bilan biologique avec glycémie et ionogramme, calcémie, hémogramme, hémostase (avant injection intramusculaire) ;
- un ECG (avant l'administration d'un traitement neuroleptique sédatif).

Les autres examens sont à déterminer en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il faut notamment discuter :

- alcoolémie, dosage urinaire de toxiques ;
- bilan hépatique, fonction rénale ;
- ponction lombaire, scanner, EEG ;
- ECBU, goutte épaisse, radiographie pulmonaire.

La TSH est souvent demandée en urgence, mais il faut savoir que le résultat n'est pas immédiatement disponible et qu'elle est souvent perturbée dans ce contexte. Elle doit être contrôlée à distance en cas d'anomalie.

### Diagnostic étiologique

La liste des diagnostics étiologiques d'un état d'agitation est extrêmement longue. Il est donc essentiel ici d'appliquer un raisonnement probabiliste, que ce soit pour l'ECN ou dans la pratique clinique.

On peut pour cela distinguer plusieurs situations type.

#### 1. Agitation d'apparition aiguë chez une personne âgée

Il faut impérativement éliminer une cause somatique, et ce même si la personne a des antécédents connus de troubles psychiatriques. Les diagnostics étiologiques à évoquer de manière prioritaire sont :

- une iatrogénie médicamenteuse : cette population est très exposée aux médicaments psychotropes qui peuvent tous induire un état d'agitation, notamment les benzodiazépines (syndrome confusionnel à l'instauration ou au sevrage après arrêt brutal) et les antidépresseurs (confusion, syndrome sérotoninergique, virage maniaque ou hypomaniaque). Les autres médicaments à risque sont (entre autres) les corticoïdes, les agonistes dopaminergiques, les antipaludéens, les anticholinergiques, l'isoniazide, l'interféron... ;
- un trouble hydro-électrolytique, une pathologie endocrinienne (hyperthyroïdie) ou métabolique (hypoglycémie) ;
- une pathologie neurologique ou neurochirurgicale : accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural ou extra-dural, crise convulsive, tumeur, démence débutante ;
- une infection (urinaire, pulmonaire...) ;
- une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) ;
- une intoxication au monoxyde d'azote ;
- une pathologie cardiovasculaire : embolie pulmonaire, infarctus du myocarde ;
- un globe vésical ou un fécalome.

Ce n'est qu'après un bilan somatique complet que l'on évoque une éventuelle pathologie psychiatrique, car l'agitation est rarement un symptôme inaugural d'un trouble psychiatrique de la personne âgée. Si c'est le cas, les diagnostics les plus fréquents sont :

- un épisode dépressif majeur avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques ;
- un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire à début tardif ou pharmaco-induit par les antidépresseurs ;
- une attaque de panique isolée ou dans le cadre d'un trouble panique si répétition des épisodes ;
- un trouble délirant à type de jalousie ou de persécution (délire chronique de type paranoïaque dans les classifications françaises traditionnelles).

#### 2. Agitation d'apparition aiguë chez un adulte jeune sans antécédents connus

Il faut là encore éliminer une pathologie somatique, en évoluant de manière prioritaire :

- une intoxication aiguë à des substances psychoactives : alcool, cannabis et autres hallucinogènes (LSD), psychostimulants (cocaïne, amphétamine, ecstasy) ;
- un sevrage de substance psychoactive, notamment alcool, héroïne, autres morphiniques ;
- une iatrogénie médicamenteuse : la liste est globalement la même que chez les personnes âgées. Les antidépresseurs et corticoïdes sont le plus fréquemment en cause. Il faut également connaître les effets paradoxaux des benzodiazépines, plus fréquents chez l'adulte jeune, avec un état d'agitation parfois incoercible. Ne pas oublier les agonistes dopaminergiques (bromocriptine) donnés en post-partum pour stopper la montée laiteuse. Ainsi que les antipaludéens (notamment méfloquine) dans un contexte de voyage récent ;
- une pathologie métabolique (hypoglycémie) ou endocrinienne (hyperthyroïdie) ;
- une pathologie infectieuse : méningo-encéphalite herpétique, neuropaludisme ;
- une pathologie neurologique non infectieuse : crise convulsive, accident vasculaire cérébral hémorragique... ;
- une intoxication au monoxyde d'azote ;
- une embolie pulmonaire...

Une fois ces diagnostics éliminés, on peut envisager un diagnostic de trouble psychiatrique. L'agitation est un symptôme totalement aspécifique, et tous les troubles psychiatriques peuvent entraîner un état d'agitation. En l'absence d'antécédents connus, les diagnostics étiologiques les plus fréquents sont :

- une attaque de panique (crise d'angoisse aiguë) isolée ou dans le cadre d'un trouble panique ;
- un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire ou pharmaco-induit par les antidépresseurs, associé ou non à des symptômes psychotiques ;
- un épisode dépressif majeur avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques ;

Agitation et délire aigus

## POINTS FORTS À RETENIR

- 🔴 Une cause somatique doit être systématiquement envisagée chez toute personne présentant un état d'agitation ou des idées délirantes d'apparition récente.
- 🔴 Chez la personne âgée, on recherche de manière prioritaire une iatrogénie médicamenteuse, un trouble hydro-électrolytique ou métabolique, une cause neurologique. Chez l'adulte jeune, on recherchera de manière prioritaire une étiologie toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène, infectieuse.
- 🔴 L'agitation et les idées délirantes n'ont pas de spécificité diagnostique et peuvent se rencontrer dans de nombreux troubles psychiatriques. Les symptômes thymiques (maniaques ou dépressifs) doivent être recherchés systématiquement.
- 🔴 La prise en charge thérapeutique en urgence est celle de la pathologie sous-jacente en cas d'organicité. Elle est symptomatique (sédation et anxiolyse) en cas de trouble psychiatrique.
- 🔴 La prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques.

- une « psychose puerpérale », qui correspond dans la quasi-totalité des cas à un épisode maniaque ou mixte du post-partum ;
- un trouble psychotique bref (bouffée délirante aiguë dans les classifications françaises traditionnelles) ;
- un trouble psychotique chronique débutant (trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant) ;
- pour mémoire, il faut aussi évoquer un trouble de la personnalité (surtout *borderline*, antisociale ou histrionique), en soulignant qu'un diagnostic de trouble de la personnalité est quasiment impossible à poser dans un contexte d'urgence.

### 3. Agitation d'apparition aiguë chez un patient ayant des antécédents psychiatriques

Même si le diagnostic le plus probable de l'état d'agitation est celui du trouble psychiatrique déjà connu, il faut rester vigilant et garder la même démarche étiologique, c'est-à-dire éliminer systématiquement une pathologie organique intercurrente. Il faut notamment penser à rechercher une cause iatrogène à l'état d'agitation, et ne pas confondre un effet secondaire du traitement psychotrope avec un symptôme du trouble.

Il faut ainsi évoquer :

- un syndrome sérotoninergique chez un patient commençant un traitement antidépresseur ;
- un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte sous antidépresseur ;
- un effet paradoxal des benzodiazépines ;
- un syndrome extrapyramidal des antipsychotiques (dyskinésie aiguë ou akathisie, tous deux très anxiogènes) ;
- un syndrome confusionnel induit par les psychotropes à action anticholinergique (antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques sédatifs type lévomépromazine ou cyamémazine, correcteurs des effets secondaires extrapyramidaux des antipsychotiques...).

## Diagnostiquer un délire aigu

Une idée délirante est définie selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-R) comme « une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (par ex. il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse) ». On définit son caractère aigu par l'apparition récente depuis moins d'un mois.

## Interrogatoire, examen clinique et examens complémentaires

Les règles de base sont similaires à celles décrites dans le chapitre agitation, auxquelles s'ajoutent des éléments spécifiques :

### 1. Caractériser les idées délirantes

**Thème** : le plus fréquent est la persécution ; il faut dans ce cas rechercher s'il existe un persécuteur désigné, c'est-à-dire une personne nominativement désignée comme étant à l'origine des persécutions ou du complot. Les autres thèmes sont la mégalomanie (idées de grandeur), la jalousie, l'érotomanie, l'hypochondrie (incluant le syndrome de Cotard avec négation d'organe : « *je n'ai plus d'estomac* », « *mes intestins sont bouchés* »), la culpabilité, la ruine, les idées de référence (« *on parle de moi à la radio, à la télé* »). Certains thèmes traduisent une perte de l'intimité psychique : syndrome d'influence (« *je suis télécommandé à distance comme un robot* »), lecture/devinement de la pensée, vol de la pensée, diffusion de la pensée (ce syndrome est classiquement appelé dans la psychiatrie française traditionnelle « automatisme mental », il correspond aux symptômes de premier rang de Schneider dans la terminologie internationale). Il faut noter que les thèmes n'ont pas de spécificité diagnostique, et que chaque thème peut être trouvé dans plusieurs types de trouble psychiatrique.

**Mécanisme** : il peut être interprétatif, une interprétation délirante est donnée à un fait réel (« *les gens me regardent bizarrement et se moquent de moi* ») ; intuitif, l'idée délirante émerge sans aucun événement extérieur (« *j'ai tout d'un coup compris que j'étais l' élu de Dieu* ») ; hallucinatoire, une explication délirante est donnée à

des hallucinations (« *des savants font des expériences sur moi en me faisant entendre des voix* »), imaginatif, avec création d'univers délirants de type science-fiction ou fantastique.

**Systématisation/organisation/structuration** : les idées délirantes sont dites non systématisées (ou « paranoïdes ») si elles sont à thèmes multiples (polymorphes), sans cohérence ni lien logique entre elles. Les idées délirantes systématisées (ou « paranoïaques ») portent en général sur un thème unique (persécution, jalousie, érotomanie) et ont une organisation interne respectant la logique, même si le postulat de base est faux.

**Adhésion** : dans les idées délirantes d'apparition aiguë, elle est souvent totale, avec absence de critique, le patient est plongé dans un univers de cauchemar (plus rarement de rêve) qu'il vit aussi intensément que si cet univers était réel. Le patient peut par épisodes sortir de cet univers onirique, avec une perplexité anxieuse.

**Retentissement** : il doit être évalué systématiquement, avec notamment évaluation du niveau d'anxiété qui est souvent majeur, du risque suicidaire, et du risque de passage à l'acte hétéro-agressif. La dangerosité pour soi-même ou pour autrui peut être la conséquence directe des idées délirantes (échapper au complot, expier ses fautes, se venger d'un persécuteur).

**La congruence à l'humeur** : ce n'est pas un point essentiel à retenir, mais plutôt une explication car ce critère est souvent retrouvé dans

les manuels. Une idée délirante est dite congruente à l'humeur quand son thème est en adéquation avec l'humeur prédominante, par exemple des thèmes de culpabilité ou de ruine quand l'humeur est triste, ou mégalomane quand elle est euphorique.

## 2. Rechercher les autres symptômes psychotiques.

Ce sont notamment les hallucinations, définies comme des perceptions sans objet à percevoir. Elles peuvent être :

- acoustico-verbales : voix unique ou multiples, connues, inconnues, parlant à la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> personne, généralement hostiles ;
- visuelles : zoopsies, monstres, figures. La plus grande vigilance s'impose dans ce cas, toujours suspecter une cause organique ;
- cénesthésiques : sensibilité profonde (ondes, décharges électriques...) ou tactiles (piqûre, brûlure, grouillement d'insectes) ;
- olfactives : odeurs de gaz, de putréfaction ;
- gustatives : goût amer, de pourriture, souvent associées à des idées d'empoisonnement.

## 3. Rechercher les symptômes thymiques

Elle doit être systématique et si possible la chronologie d'apparition des symptômes thymiques et psychotiques (concomitante ou non) doit être précisée.

## 4. Évaluer le niveau d'adaptation prémorbide

Il correspond au fonctionnement familial, social, scolaire ou professionnel.

# Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

## Cas clinique

M. X, âgé de 23 ans, arrive au service des urgences de l'hôpital général après un rapatriement sanitaire alors qu'il était en voyage touristique en Thaïlande. Sa compagne a organisé son retour, inquiète devant le changement brutal de comportement de son ami et ses propos incohérents.

À l'admission, le patient est prostré, mutique, il regarde fixement le mur d'un air terrifié, en se bouchant les oreilles. Brusquement, il devient très agité, se met à courir dans la salle d'urgence, en criant : « *Arrêtez-les, je vais mourir* ». Il s'effondre en larmes, disant qu'il est responsable d'un tsunami en Thaïlande. Puis il se met à rire aux éclats et déclare qu'il vient de recevoir un message de Dieu et qu'il a le pouvoir de sauver tous les Thaïlandais.

D'après les informations données par son entourage, il s'agit d'un jeune homme bien intégré, ayant une excellente adaptation universitaire, sans aucun antécédent médical.

## QUESTION N° 1

Quels symptômes identifiez-vous dans cette observation ?

## QUESTION N° 2

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

## QUESTION N° 3

Quel est le bilan complémentaire à faire en urgence ?

## QUESTION N° 4

Quelle prise en charge proposez-vous dans l'attente des résultats du bilan ?

## QUESTION N° 5

Le bilan organique est négatif, quelle prise en charge ultérieure proposez-vous ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur [www.larevuedupraticien.fr](http://www.larevuedupraticien.fr) onglet **ECN**

OK

## Diagnostic étiologique

En cas de symptômes psychotiques d'apparition aiguë, la même démarche étiologique décrite précédemment s'applique concernant la recherche systématique d'une pathologie somatique, quels que soient l'âge et les antécédents du patient.

Chez la personne âgée, on recherche les mêmes causes organiques que celles évoquées précédemment, avec là encore de manière prioritaire une cause iatrogène, un trouble hydro-électrolytique, une cause neurologique, une infection.

Chez l'adulte jeune, on recherche de manière prioritaire une cause toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène, infectieuse, métabolique ou endocrinienne.

En l'absence de pathologie somatique, les diagnostics psychiatriques à évoquer sont :

- un épisode maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques dans le cadre d'un trouble bipolaire ou pharmaco-induit par les antidépresseurs : les idées délirantes sont le plus souvent à thème mégalomane ou de persécution, mais tous les thèmes peuvent se rencontrer. À noter (piège diagnostique) que si les idées de persécution prédominent, l'humeur est dans ce cas le plus souvent irritable, et très rarement euphorique. Les critères sémiologiques importants sont l'existence d'une accélération (excitation psychomotrice, logorrhée) et une diminution du besoin de sommeil. Le niveau de fonctionnement prémorbide est généralement bon ;
- une « psychose puerpérale » qui pour mémoire entre dans la quasi-totalité des cas dans le cadre des épisodes maniaques ou mixtes du post-partum ;
- un épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques : les idées délirantes sont le plus souvent à thème de culpabilité, de ruine, ou d'hypochondrie. L'existence d'un ralentissement psychomoteur est un critère sémiologique important. Le niveau de fonctionnement prémorbide est généralement bon, sauf si la dépression évolue sans traitement depuis plusieurs mois ;
- un trouble psychotique bref (bouffée délirante aiguë dans les classifications traditionnelles françaises) : ce trouble est caractérisé par la survenue depuis plus d'un jour et moins d'un mois d'idées délirantes, hallucinations, désorganisation du discours et du comportement. Il peut ou non succéder à un facteur de stress marqué ou survenir dans le cadre du post-partum. Ce diagnostic est souvent posé par excès chez des patients présentant des épisodes maniaques ou mixtes avec caractéristiques psychotiques. Il s'agit typiquement de la situation où les symptômes thymiques doivent être évalués très attentivement, dans un dossier d'ECN comme dans la pratique clinique. Le niveau de fonctionnement prémorbide est le plus souvent de bonne qualité, si ce n'est pas le cas, le diagnostic peut s'orienter vers un trouble psychotique chronique non diagnostiqué ;
- un trouble psychotique chronique débutant ou non diagnostiqué (trouble schizophréniforme si < 6 mois, schizophrénie ou trouble schizoaffectif si > 6 mois, trouble délirant si > 1 mois).

Le caractère aigu est ici apparent, le patient est vu en urgence, le plus souvent dans le cadre d'une agitation ou d'un passage à l'acte, alors que les symptômes psychotiques évoluent depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.

## Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

### Urgences somatiques

Les situations urgentes ont été listées précédemment, leur prise en charge relève du traitement symptomatique et étiologique adapté à chaque situation. En cas d'agitation, des règles générales sont à appliquer :

- environnement le plus calme possible, chambre éclairée ;
- prévention du risque d'auto- et hétéro-agression, y compris involontaire, enlever tous les objets dangereux, fermer les fenêtres... ;
- éviter au maximum la contention physique qui aggrave la confusion. Si elle est indispensable du fait de la dangerosité, sa durée doit être limitée au temps d'action du traitement sédatif ;
- si un traitement sédatif symptomatique est nécessaire du fait de l'intensité de l'agitation ou de l'anxiété générée par les éventuels symptômes psychotiques, privilégier les benzodiazépines à demi-vie courte (par ex. oxazépam per os) ou l'hydroxyzine (per os ou IM). Les neuroleptiques sédatifs (par ex. cyamémazine per os ou IM) doivent être réservés aux d'états d'agitation très sévères car ils peuvent aggraver les troubles de la vigilance, et ne devraient pas être administrés sans électrocardiogramme préalable (risque de troubles de rythme en cas de QT long) ;
- les doses d'anxiolytiques doivent être le plus faible possible, en particulier chez la personne âgée. La seule exception est le delirium tremens où de fortes doses sont indispensables, associées à une vitaminothérapie parentérale.

### Urgences psychiatriques

Les mêmes règles générales s'appliquent. Le traitement en urgence va là encore être conditionné par le niveau d'agitation ou le niveau d'anxiété généré par les symptômes psychotiques.

Il faut tenter d'instaurer une relation thérapeutique quel que soit le degré d'agitation ou d'envahissement délirant.

La prévention du risque suicidaire doit être systématique.

La contention physique doit être réservée aux états d'agitation importants, en respectant le protocole « isolement en psychiatrie » (Haute Autorité de santé)

Le traitement médicamenteux en urgence est exclusivement symptomatique, à visée sédatrice et/ou anxiolytique. Il faut privilégier les benzodiazépines si besoin à fortes doses (par ex. oxazépam ou diazépam) si la voie per os est possible ; les contre-indications en urgence sont l'insuffisance respiratoire et la myasthénie. Si le patient refuse les traitements per os et que la voie IM est nécessaire, ne pas utiliser de benzodiazépines (mauvaise biodisponibilité par cette voie) et utiliser des neuroleptiques sédatifs (cyamémazine) ; les contre-indications absolues en urgence sont celles

des anticholinergiques (glaucome à angle fermé, adénome de la prostate) et un syndrome du QT long.

Toujours privilégier la monothérapie et prendre le temps d'évaluer l'effet du premier traitement prescrit, attention à l'escalade des doses avec des effets cumulatifs différés sur la vigilance.

La mise en place d'un traitement adapté au trouble (thymorégulateur, antidépresseur, antipsychotique à visée antidélirante ou antimaniaque) doit se faire de manière différée, afin de permettre une évaluation sémiologique correcte à distance de la situation d'urgence, et après un bilan préthérapeutique.

Un patient peut donner son accord pour une hospitalisation en psychiatrie même en cas d'agitation ou de symptômes psychotiques. Si le patient présente un trouble psychiatrique nécessitant des soins, mais refuse d'être hospitalisé, une mesure d'hospitalisation d'office peut être envisagée si ces troubles menacent

l'ordre public ou la sécurité des personnes, et une mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers si le patient est dangereux pour lui-même.

Penser à la mise en place d'une sauvegarde de justice en cas de dépenses inconsidérées dans le cadre d'un accès maniaque ou hypomaniaque.

## Conclusion

L'apparition aiguë d'un état d'agitation ou d'idées délirantes doit toujours faire envisager une cause organique quel que soit l'âge du patient, notamment celles mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. •

H. Verdoux déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Erratum

Dans l'item 97 Oreillons (Rev Prat 2011;61[2]:277-81) de J. Brouard et C. Lubin, une coquille s'est glissée dans la dernière phrase du paragraphe « grossesse » ; il fallait lire « *Le risque, pour un enfant exposé in utero au virus **ourlien**, de développer ultérieurement un diabète apparaît accru dans certaines études* ».

# NOTRE ENGAGEMENT ÉDITORIAL

larevuedupraticien

*L'éditeur de La Revue du Praticien est le groupe Global Média Santé. La qualité du contenu scientifique et pédagogique de la revue et de son site Web **larevuedupraticien.fr**, accessible directement ou à partir du portail **egora.fr**, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :*

## COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE :

Des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de l'HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les arti-

cles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux) ainsi que l'analyse critique de tous les contenus web de son site Internet (vidéos, documents audio, diaporamas, photographes..).

## RÉFÉRENCES :

Chaque article publié dans La Revue ou mis à jour et déposé dans le fonds documentaire de son site Internet est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

## CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Tous les articles publiés dans La Revue ou mis à jour et déposé dans le fonds documentaire de son site Internet sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. La déclaration des conflits d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article.

## ENGAGEMENT FMC :

Les articles ou contenus Web de formation médicale continue et les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de La Revue du Praticien.

## PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL :

Toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans La Revue ou sur son site Internet est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.